

平成27年度第1回 臨床病理カンファレンス

【日時】2015年9月18日

【演題】急激な転帰を辿った重症急性膵炎の一例

【発表者】別所 瞭一

NHO 旭川医療センター初期研修医

【症例】79歳 女性

【主訴】強い心窩部痛

【現病歴】糖尿病、高血圧に対し、当院消化器内科外来で通院加療を受けていた。X年Y月Z日午前7時頃、強い心窩部痛で覚醒した。持続する疼痛により体動困難となり救急隊を要請した。午前8時50分、当院に搬送された。

【既往歴】糖尿病（腎症4期）、気管支喘息、発作性心房細動、高血圧、左室肥大、大動脈弁閉鎖不全症、胸部大動脈瘤、甲状腺機能低下症、左人工股関節置換術後

【生活歴・嗜好歴】独居、ADL自立、飲酒なし、喫煙20本/日（20歳～70歳）

【入院時現症】149cm、61.1kg、BMI27.5、JCS0、GCS15（E3V5M6）、HR78/min、BP139/70mmHg、BT35.6℃、SpO₂99%（room air）、心窩部に強い圧痛あり、筋性防御あり

【入院時検査所見】

（血液検査）WBC13100/ μ L、Neut80%、Hb8.9g/dL、Ht27%、Plt38 $\times 10^4$ / μ L、TP6.1g/dL、Alb3.6g/dL、T-Bil0.53mg/dL、AST196U/L、ALT43U/L、LDH294U/L、ALP211U/L、 γ -GTP101U/L、AMY576U/L、BUN42.3mg/dL、Cre2.22mg/dL、eGFR17mL/min、CK54U/L、CKMB14U/L、Trop-T(-)、H-FABP(weak+)、Na141mEq/L、K4.4mEq/L、Cl108mEq/L、Ca4.4mEq/L、BS153mg/dL、CRP0.07mg/dL

（胸部単純X線；立位）CTR61%、肺野はClear、両側CPAsharp

（腹部単純X線；立位）明らかな異常所見なし

（腹部単純CT検査）胆嚢内には数個、結石を疑う高吸収を認め、膵頭部にも総胆管結石が疑われる高吸収領域を認めた。左副腎には65mm大の境界明瞭な占拠性病変を認めた。

【入院後経過】

（Z日）総胆管結石による胆石性膵炎が疑われ、内視鏡的逆行性膵胆管造影（ERCP）+内視鏡的乳頭バルーン拡張術（EPBD）を施行した。胆管造影では明らかな結石を認めなかったが、胆管内超音波内視鏡では下部胆管に胆泥と小結石を認めた。内視鏡乳頭バルーン拡張術を施行すると、少量の微小結石を含む黒褐色の胆汁が排出された。

（Z+2日）血液検査では炎症反応が前日と比較し著明に増悪し、腎機能障害の進行を認めた。胸腹部単純CT検査では両側に胸水貯留を認め、膵周囲および腎下極に遠まで液体貯留と脂肪織濃度の上昇を認めた。厚生労働省の急性膵炎重症度判定基準では4項目が合致し、重症急性膵炎の診断となった。血圧は低下しショック状態となり、大量輸液とカテコラミンで循環動態の維持をはかった。急性膵炎治療ガイドライン上は早期からの持続的血液濾過透析（CHDF）が推奨されており、ご本人とご家族に対し、透析の導入も含め、集中治療ができる施設への転院を勧めた。しかし、ご本人およびご家族の強い拒否があり、血液浄化療法は施行せず、当院での治療を継続する方針となった。

（Z+3日）未明に呼吸状態が急変し努力呼吸となったため気管内挿管を行い、人工呼吸器管理とした。

（Z+5日）呼吸状態および循環動態は改善傾向となり、抜管した。

（Z+6～10日）酸素送気量は1～2Lで呼吸状態は安定していた。鎮痛薬をほとんど使用せずとも疼痛の訴えは少なくなった。Z+8日には経管栄養を開始した。血液検査では白血球数が上昇し、尿量の低下は進行した。

（Z+11日）午前9時頃までは特変なく経過していたが、12時50分頃に看護師が訪室した際には顔色不良

別所 瞭一 NHO 旭川医療センター消化器内科
〒070-8644 北海道旭川市花咲町7丁目4048番地
Phone:0166-51-3161,Fax:0166-53-9184 E mail:y.bessho@asahikawa.hosp.go.jp

で、倦怠感の訴えがあった。その後まもなく脈拍・血圧が低下し心停止に至り、永眠された。

【臨床診断】

- # 1 重症急性膵炎
- # 2 慢性腎不全
- # 3 慢性心不全

【病理解剖に期待すること】

- ・急変の直接的な原因の解明
- ・急性膵炎の程度の評価
- ・総胆管結石残存の有無の確認
- ・腎不全、心不全の程度の評価
- ・白血球数が上昇した原因の解明

【病理解剖組織学的診断】

死後2時間30分で解剖開始

1. 壊死性急性膵炎

総胆管・十二指腸・膵臓の摘出標本を図1に、胆管に沿った膵頭部の切出しを図2に示す。肝門部領域胆管と胆嚢管の部分(#26と書かれた部分の近傍とその右側)が特に黒く変色している。変色域の顕微鏡写真

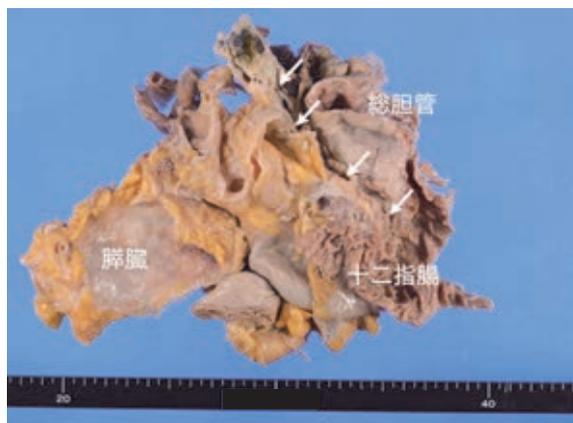


図1 総胆管、十二指腸、膵臓

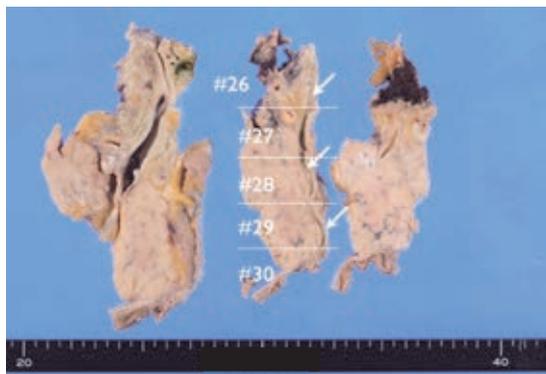


図2 総胆管に沿った切出し、矢印は総胆管

を図3,4,5に示す。図3は肝門部胆管で全層壊死があり、図4は総胆管である。慢性炎症細胞浸潤があり、胆管壁では上皮が脱落して偽胆管が増生している。図5は膵内胆管と膵頭部断面を示す。腺房細胞周囲の壊死はあるが範囲は狭く、軽度の膵線維化も見られた。胆嚢も広範囲に壊死が見られ(図6)、炎症は横隔膜にも波及していた(図7)。

2. 糖尿病性腎症

Nodular lesionを始めとするさまざまな変化が見られる(図8)。正常に機能していると思われる糸球体は全体の2割程度であった。

3. 副腎腫瘍

脂肪腫であった。辺縁には副腎組織が付着(図9)。

4. 大動脈石灰化

5. 食道びらん

<死因について>

壊死性急性膵炎が原因と考えられた。

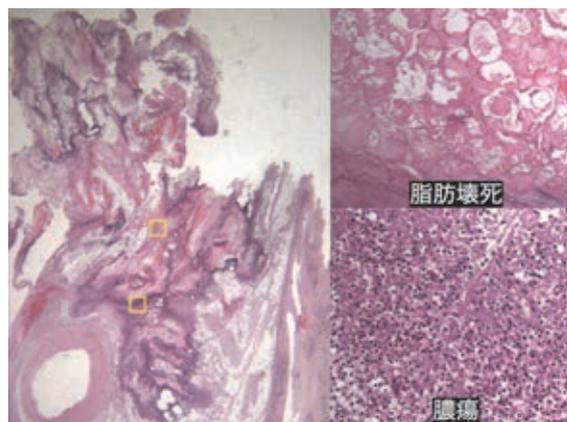


図3 肝外胆管部分、広範囲の壊死

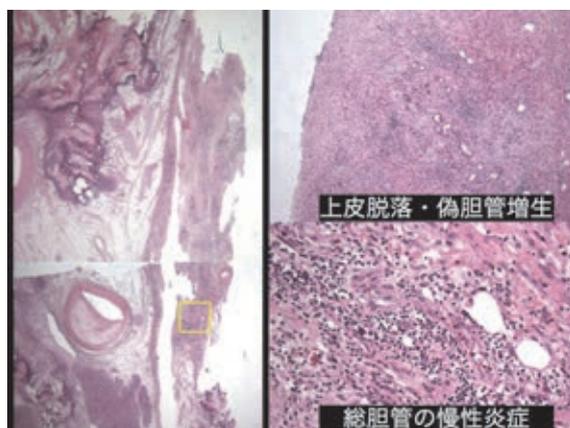


図4 総胆管。上皮は脱落して偽胆管が増生している

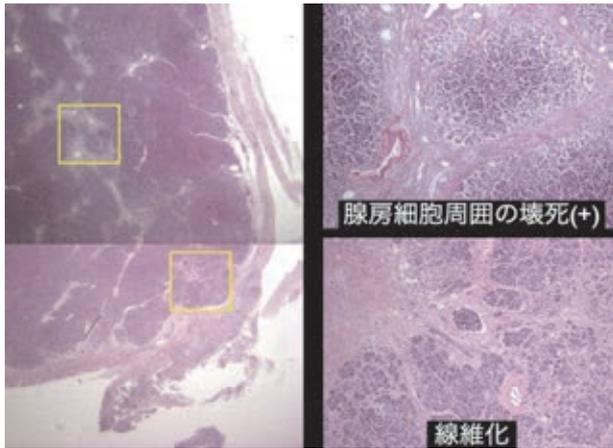


図5 膵内胆管、膵臓の線維化があるが軽度

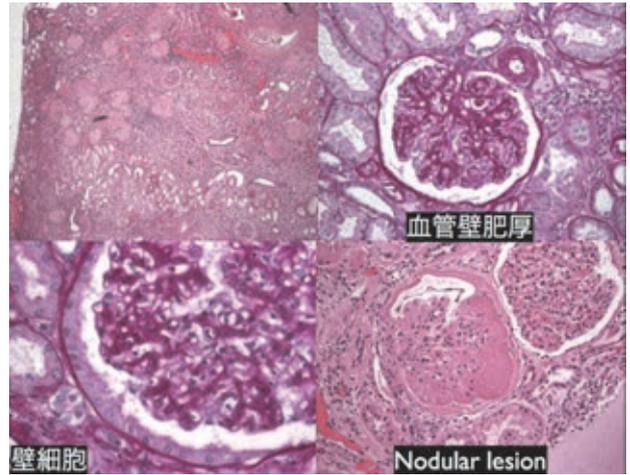


図8 腎臓、糖尿病性腎症

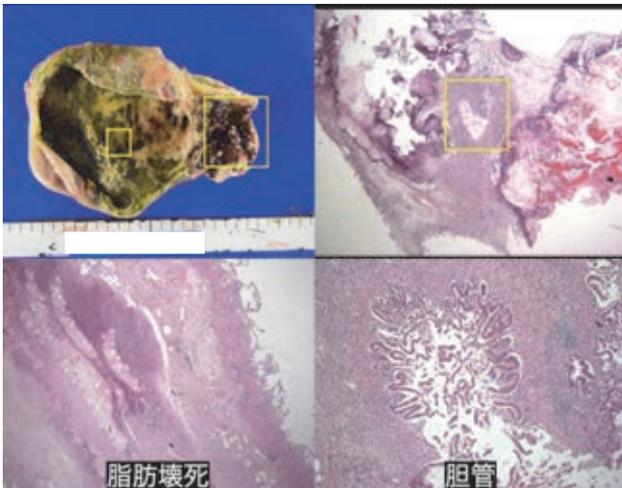


図6 胆嚢、広範囲の壊死がある

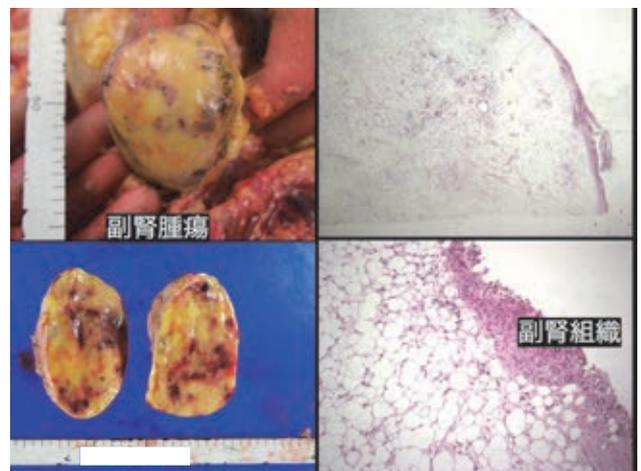


図9 副腎脂肪腫

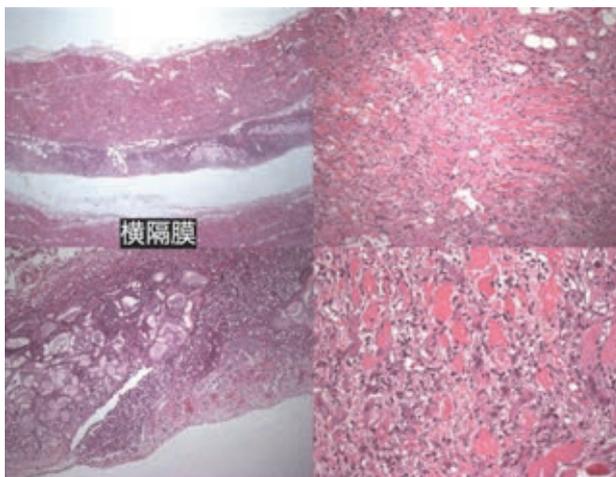


図7 横隔膜の炎症

【病理解剖に期待することへの回答】

- ・急変の直接的な原因の解明：急性膵炎の増悪による。
- ・急性膵炎の程度の評価：膵頭部に限局しているが壊死性膵炎である。
- ・総胆管結石残存の有無の確認：肉眼的に認めなかった。
- ・腎不全、心不全の程度の評価：糖尿病性腎症で腎不全末期。心不全の程度は不明。
- ・白血球数が上昇した原因の解明：胆嚢・胆管および周囲の壊死による急性炎症が原因。

【質疑応答】

- ・診断の際にMRCPを施行しなかったのはなぜか。
→CT検査で総胆管結石を疑う所見があり、MRCPの

結果に関わらず早期のERCP施行が妥当であると判断したため。

- ・黒色便があったが、胃潰瘍や十二指腸潰瘍など出血性病変はなかったか。→消化管出血の原因となり得る病変は認めなかった。
- ・腸管内ガスの原因は何か。→炎症が腸管に波及したことによる麻痺性イレウスが考えられる。
- ・経過中貧血が進行しているが、原因として考えられるのは何か。→炎症に伴う貧血が考えられる。

【まとめ】

周囲に広範な壊死を伴った重症急性膵炎により死亡した一例を経験した。